

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 86.

SUR UNE FORME
D'HYPERÉMIE PHARYNGÉE CHRONIQUE

PERMETTANT DE DÉPISTER

L'ALBUMINURIE OU LA GLYCOSURIE

— Contribution à l'étude des petits signes de ces deux affections —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Janvier 1899.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph CHARLES

Né le 27 Avril 1872, à Grenoble (Isère).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 86.

SUR UNE FORME

D'HYPERÉMIE PHARYNGÉE CHRONIQUE

PERMETTANT DE DÉPISTER

L'ALBUMINURIE OU LA GLYCOSURIE

— Contribution à l'étude des petits signes de ces deux affections —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

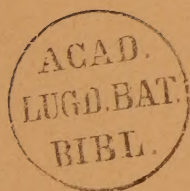
Et soutenue publiquement le 20 Janvier 1899.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph CHARLES

Né le 27 Avril 1872, à Grenoble (Isère).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	GROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUÇ.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, *Président*; M. BOYER, *Assesseur*;
MM. COLLET et NOVÉ-JOSSERAND, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Maître

M. LE PROFESSEUR TEISSIER

Cher Maître,

Vous donnez toujours et jamais on ne vous rend. C'est que bien pauvres seraient nos offrandes. Pour une fois je puis donner : à vous je dédie ce travail. Don bien modeste, je vous prie de l'accepter cependant, non pour sa valeur, mais pour celle que mon cœur y met.

Lyon, le 20 Janvier 1899.

J. CHARLES

PRÉFACE

En suivant, à l'Antiquaille, les consultations gratuites des maladies de la gorge, nous avons été frappé de la manière dont M. Garel posait parfois le diagnostic d'albuminurie ou de glycosurie.

Parmi les nombreuses personnes qui se présentent à la clinique pour un mal de gorge plus ou moins prononcé, nous l'avons vu seulement pour quelques-uns d'entre eux réclamer immédiatement l'analyse des urines. Et cela sans interrogatoire préalable, simplement après un examen local des plus sommaires. Presque toujours l'urine était ou albumineuse ou sucrée.

Quel était donc ce signe si net, si frappant, qui appelait si fort l'attention du praticien qu'il suffisait d'introduire un abaisse-langue et de projeter un faisceau lumineux dans la cavité buccale pour qu'immédiatement on eût l'idée d'une affection générale d'ordre dyscrasique.

M. Garel voulut bien mettre fin à notre juste étonne-

ment en nous renvoyant à la communication faite par lui au Congrès général de médecine tenu à Lyon en 1894.

Dans ce travail est décrite une forme caractéristique, facile à reconnaître, d'hyperémie pharyngée, qui est toujours (ou presque toujours, l'exception y est rare) l'indice d'une des deux grandes dyscrasies : l'albuminurie ou la glycosurie, alors que ces dernières ne se manifestent encore par aucun de leurs grands symptômes cardinaux : œdème, galop, polyurie, polydipsie, etc.

Ce serait donc un signe prémonitoire, petit signe d'une grande affection, qui peut rendre de grands services, et qui en a déjà rendu de très grands à son auteur.

C'est dans ce but que nous avons demandé à M. Garel d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Il nous a semblé que nous ferions œuvre utile en rappelant à l'attention le signe de Garel, en l'appuyant d'une nouvelle et nombreuse série de faits.

En effet, depuis 1894, aucune contribution nouvelle n'est venue infirmer ou confirmer la valeur de ce signe, bien que, durant ces quatre dernières années, nombreux soient les faits, venus prouver à M. Garel la justesse de l'observation clinique.

Pour cette raison, nous n'avons pu puiser qu'à une seule source les observations que nous présentons. Nous avons préféré, du reste, laisser de côté les quelques faits observés par nous, estimant qu'il vaut mieux, dans cet ordre de choses, avoir la qualité que la quantité.

Il fallait aussi, avant tout, pour donner du poids à nos dires, que nos faits publiés ne prêtassent à aucune critique. Nous avons la bonne fortune, grâce à l'obligeance de M. Garel, qui nous a permis de puiser dans sa riche collection de faits, de présenter des observations prises uniquement et en totalité dans sa pratique journalière. Elles présentent donc ainsi, de par leur origine, un cachet d'authenticité que personne ne saurait mettre en doute.

Nous l'en remercions donc vivement, puisque c'est à lui que nous devons et l'idée de ce travail et toute la partie clinique, qui seule lui donne sa valeur et son intérêt.

Qu'il veuille bien nous excuser, si, encouragé par son aimable accueil, nous avons parfois abusé de ses instants et de sa bienveillance.

Nous voulons aussi dire merci à nos maîtres dans les hôpitaux : à M. le professeur Bondet qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre jury, à M. le professeur Ollier, à M. le Dr Vallas, à M. le Dr Devic, à notre maître qui n'est plus, mais dont nous garderons toujours le souvenir bien-aimé, M. le Dr Humbert Mollière.

Après avoir exposé quel était notre but et de quelle façon on doit comprendre ce travail, nous décrirons aussi

minutieusement que possible l'état local pharyngé dans l'hyperémie pharyngée de Garel. Nous ferons ensuite le diagnostic des différentes formes de pharyngite avec lesquelles on pourrait la confondre.

Nous encadrerons le tout de nos observations et nous terminerons par quelques mots du traitement.

SUR UNE FORME
D'HYPERÉMIE PHARYNGÉE CHRONIQUE

PERMETTANT DE DÉPISTER

L'ALBUMINURIE OU LA GLYCOSURIE

— Contribution à l'étude des petits signes de ces deux affections —

CHAPITRE PREMIER

Avant de commencer ce travail, il nous semble indispensable de bien préciser ce que nous voulons et quel est notre but. Et d'abord, nous ne voulons en aucune façon émettre de théorie quelconque ni rechercher d'interprétations ou discussions pathogéniques qui pourraient soulever des questions d'école et nous entraîner loin de notre sujet.

Nous n'exposerons que des faits et rien que des faits ; et si, loin de méconnaître les immenses services rendus de notre temps par la méthode expérimentale appliquée aux différentes branches de la science médicale, nous estimons, avec Lasègue¹, « qu'à côté, sinon au-dessus, l'observa-

¹ Lasègue, *Traité des angines*.

tion clinique doit garder une place que personne ne doit lui contester.

« Insuffisante dans toutes les maladies qui aboutissent à des productions surajoutées ou qui se terminent fatalement par la mort, l'observation du malade est la seule méthode qui s'applique aux manifestations curables, destinées à disparaître sans laisser après elles des matériaux d'études. »

Insister davantage sur l'autorité de l'observation clinique, ce serait donner à croire qu'elle a besoin d'une justification ou d'une excuse, et, de notre part, ce serait légèrement prétentieux. Nous voulons, cependant, montrer combien seule elle est susceptible d'assigner leur véritable cause à certaines manifestations pathologiques qui pourraient paraître de prime abord de peu d'importance.

En effet, ce n'est que par une observation fine et persévérante, que l'on parvient à grossir le nombre des signes permettant de dépister les débuts si sournois, si insidieux de la glycosurie et de l'albuminurie.

C'est que si, dans une période relativement avancée, ces deux maladies s'affichent carrément par des symptômes qui ne trompent plus ; au début, au contraire, elles font leur chemin sournoisement, en ne se manifestant que par des signes légers et difficilement appréciables.

Trousseau ¹ en avait été frappé lorsqu'il disait dans une de ses leçons magistrales : « Un certain nombre de malades n'éprouvant pas de grandes perturbations dans leur manière d'être, et continuant de se livrer à leurs occupations habituelles, ne jugent pas nécessaire de s'adresser

¹ Trousseau, *Cliniques médicales*.

au médecin, ou si, tourmentés par quelque changement survenu dans leur santé, ils viennent consulter, c'est pour se plaindre d'accidents sans caractères nettement définis, ou dont la signification est méconnue de ceux dont l'esprit n'est point éveillé sur la possibilité de l'existence du diabète », et nous pourrions ajouter de l'albuminurie.

Il serait de toute nécessité cependant qu'un diagnostic ferme pût être posé à ce moment-là. De ce diagnostic en effet dépend un traitement rationnel qui a de grandes chances, à cette période, de donner une guérison durable, alors que, plus tard, c'est à peine s'il pourra reculer de quelques mois le terme fatal de la maladie.

Combien d'erreurs n'a-t-on pas commises parce qu'on oubliait de rechercher certains signes ou ensemble de signes ou qu'on ignorait leur valeur diagnostique.

Combien de fois n'a-t-on pas renvoyé des chlorotiques avec un traitement qui, non seulement n'avait pas d'action favorable, mais pouvait être fatal au malade, parce qu'on n'avait su voir que le symptôme anémie.

Alors qu'un interrogatoire plus minutieux aurait fait découvrir les signes d'une fonction rénale mal faite (sensation de doigt mort, crampe musculaire, etc.), seule cause de l'anémie. Et, modifiant le diagnostic, on modifiait du tout au tout le traitement pour le plus grand bien du malade.

Combien de fois n'a-t-on pas traité en vain ces balanites que l'on prenait pour une manifestation purement locale, alors qu'un spécialiste, dont l'attention est plus facilement et plus fréquemment éveillée vers ces petits signes, aurait reconnu ces balanites, première manifestation d'un état pathologique dyscrasique, la glycosurie.

Combien de fois est-on resté impuissant des semaines et des mois devant une dysphagie prolongée, alors que, pour qui connaît la règle de Garel, le fait même de la durée insolite de cette dysphagie éveillait de suite l'idée de spécificité.

Aussi, combien de nos maîtres éminents n'ont-ils pas craint de s'astreindre à dépister ces débuts insidieux par la recherche minutieuse des moindres signes qui, une fois bien établis, doivent suffire pour faire naître le doute et le soupçon dans l'esprit de l'observateur ?

C'est ainsi que Jaccoud en a décrit un certain nombre, révélateurs du diabète : l'état poisseux du linge, les taches blanchâtres du pantalon, l'insomnie causée par le besoin fréquent d'uriner, les démangeaisons des parties génitales, la rougeur du méat urinaire, l'odeur de chloroforme que prend l'haleine, la sécheresse de la bouche, la carie précoce des dents, le mauvais état des gencives, les éruptions de diverses natures, les furoncles, anthrax, les gangrènes spontanées, l'impuissance génitale, l'affaiblissement de la vue, les dyspepsies rebelles, enfin certains troubles de sensibilité et de motilité, paralysie, névralgie, sentiment de faiblesse extrême.

Dieulafoy s'est surtout occupé des petits signes de l'albuminurie, ce sont : le signe de la temporale, sensation fréquente de doigt mort, crampes musculaires, troubles visuels, mouches volantes, troubles urinaires, envies fréquentes d'uriner, céphalées etc.

Bouveret¹ a décrit dans ces dernières années un certain nombre de signes qui, lorsqu'ils sont réunis, ont à son avis

¹ Bouveret, *Province médicale*, mai 1889.

une très grande valeur pour prédire une albuminurie prochaine. Ce sont : l'accélération du pouls, l'exagération de la tension artérielle, l'oppression modérée et les palpitations.

M. Garel possède même une observation typique et très concluante sur la valeur de cet ensemble de signes.

OBSERVATION I

Congestion pharyngée. Albuminurie.

M. X..., trente-huit ans, de Lyon. Septembre 1895.

Gêne dans la gorge depuis deux ans. Actuellement, embarras de mucosités muco-purulentes du pharynx et du nasopharynx.

Aspect congestif intense de toute la région pharyngée, qui éveille de suite l'idée d'un état dyscrasique. Le malade apprend alors que, depuis six mois, en effet, ses urines sont albumineuses.

M. Garel constate lui-même un disque moyen d'albumine. Pas de sucre.

Père graveleux, mort de cancer de l'épaule, pas de rhumatisme, ni de goutte dans la famille. Tendance à l'obésité depuis l'âge de vingt-huit ans.

Pas de galop.

Détail caractéristique : il y a plus d'un an a consulté Bouveret qui n'avait pas trouvé d'albumine, mais avait dit au malade de se méfier de l'albuminurie et avait institué un régime dans ce sens.

28 avril 1897. — La congestion et l'empâtement pharyngés persistent ainsi que l'albuminurie.

A cette longue liste de petits signes déjà décrits et que nous pourrions allonger encore; nous venons apporter notre part de contribution.

C'est une forme de pharyngite congestive chronique, qui a presque toujours été, chaque fois que M. Garel l'a constatée, l'indice d'un état général pathologique se traduisant par une glycosurie ou une albuminurie.

Comme on le voit donc, les idées purement théoriques n'ont que faire ici, notre travail, fruit de l'observation clinique, attend de la clinique seule sa confirmation. Nous ne voulons qu'une chose : vulgariser un signe clinique qui, une fois connu du praticien, lui permettra d'établir un diagnostic précoce d'albuminurie ou de glycosurie pour le plus grand bien du malade.

CHAPITRE II

Bien que notre travail n'ait pas d'histoire, puisqu'il n'est que la constatation d'un fait nouveau, nous avons cru intéressant de rechercher dans la littérature médicale ce qui avait été publié sur les manifestations pathologiques de la muqueuse bucco pharyngée dans l'albuminurie et la glycosurie.

Nous avons été frappé de la pauvreté des documents. L'histoire des angines n'a épuisé ni la curiosité, ni le zèle des observateurs. Si l'on met de côté quelques traités généraux de pathologie qui ne sortent pas des descriptions classiques des grandes formes courantes, banales, depuis longtemps connues, et le *Traité des angines* de Lasègue, il n'existe pas un seul ouvrage expressément consacré à l'étude des maux de gorge.

Il en est à peu près de même, si l'on dirige ses recherches vers les monographies ; là aussi la moisson est peu abondante, il faut glaner, encore que le nombre des travaux soit plus que restreint.

C'est ce qui avait frappé Lasègue¹ lui-même qui, « effrayé de la pénurie des documents, étonné de sa solitude » se demandait jusqu'à quel point la question

¹ Lasègue, *loc. cit.*

n'avait pas été délaissée, faute d'un suffisant intérêt. « Telle est la sensation que j'ai éprouvée, dit-il, après avoir mis à contribution, pour cette enquête longue et infructueuse, toutes les questions étrangères, tous les livres généraux, où j'espérais trouver une donnée nouvelle. Les mémoires spéciaux sont plus que rares, les faits rapportés sans commentaires se comptent par vingtaines ; et encore combien sont assez bien observés pour être invoqués. »

C'est l'exacte vérité ; ainsi Bouchard¹, à propos du diabète, ne parle que de l'altération des gencives et de la carie dentaire dont il cherche à donner l'explication par l'acidité buccale. « Quel que soit cet acide encore inconnu, quelle que soit son origine, il est probable qu'il intervient pour produire la phlogose de la muqueuse buccale. »

Quant aux manifestations glycosuriques sur la muqueuse pharyngée, Bouchard n'en parle même pas.

Avant lui, Tardieu, à propos du diabète, écrivait cependant que l'inflammation de la muqueuse buccale pouvait se propager au pharynx et donner lieu à des angines *sans valeur*.

Lécorché signalait la sécheresse de la bouche entraînant de la gêne dans la phonation et la déglutition, mais pour lui quelques gouttes d'eau suffisaient pour faire disparaître ces troubles comme par enchantement.

Quant aux troubles albuminuriques, Lancereaux et après lui Barié² ont décrit à propos de l'urémie plusieurs formes pharyngo-buccales ;

¹ Bouchard, *Maladies par ralentissement de la nutrition*.

² Barié, *Archives générales de médecine*, 1889.

Une première forme érythémato-pultacée, caractérisée par une coloration rouge de la muqueuse, que recouvre un enduit grisâtre. Cette sécrétion incessante arrive à remplir toute la cavité buccale qui, lorsqu'elle est nettoyée, apparaît rouge, brillante et vernissée.

La salive rare, épaisse, se confond avec l'enduit plâtreux de la cavité buccale.

Une deuxième forme ulcéreuse caractérisée par des ulcérations irrégulières, souvent ovalaires, à bords festonnés, de coloration foncée, qui siègent sur les gencives, à la face interne des lèvres, sur la muqueuse des joues. Sont-elles localisées près des gencives, les dents sont ébranlées. La quantité de la salive augmente et contient de grande quantité d'urée.

Mais toutes ces descriptions sont celles de phénomènes pathologiques de la maladie franchement constituée, alors que le diagnostic est facile et s'impose.

Joal, le premier en 1882, a publié, à l'instigation de Fauvel, une note intéressante sur une forme de pharyngite sèche au point de vue de sa valeur séméiologique dans le diabète et l'albuminurie. Lorsque nous disons le premier, nous ne voulons pas dire qu'avant lui l'inflammation de la muqueuse pharyngée dans ces deux maladies était inconnue, mais nous voulons faire remarquer qu'il est le premier à lui avoir accordé sa véritable importance, comme symptôme de début.

En 1885, Ed. Lör¹, dans une remarquable étude sur

¹ Dr Edouard Lör, *Die durch anderweitige Erkrankungen bedigten veränderungen des Rachens, des Kehkopfs und des Luftröhre.*

les manifestations pharyngo-laryngées dans les diverses maladies générales, s'occupe tout particulièrement des altérations de la muqueuse dans le diabète et l'albuminurie.

Pour le diabète, il cite le travail de Joal : « Certains médecins savent déjà qu'on rencontre souvent des manifestations pathologiques des voies respiratoires chez les diabétiques. Le sentiment de sécheresse et de rugosité que ressentent les diabétiques au niveau de la muqueuse buccopharyngée a déjà été mentionné. C'est ainsi que le D^r Joal dit l'avoir observé souvent à la clinique du D^r Fauvel dans le diabète. »

Mais Löri n'y attache pas grande importance, puisqu'il ajoute : « Cette observation est tout à fait juste, mais d'après mon expérience personnelle on ne la rencontre que dans la minorité des cas de diabète. »

C'est, du reste, notre avis, nous le verrons tout à l'heure.

A propos du mal de Bright, Löri s'exprime ainsi : « Dans les maladies rénales suivantes : néphrite aiguë, chronique, parenchymateuse ou interstitielle, néphrite scarlatineuse, dégénérescence amyloïde des reins, tuberculose rénale, j'ai noté souvent jusqu'à présent des manifestations bucco-laryngées, aussi bien comme premier symptôme observé par le malade ou le médecin que dans le cours ultérieur de la maladie. Ces symptômes consistent en anémie, hyperémie, atrophie, œdème. Lorsque ces symptômes sont très accusés, c'est pour nous un signe qui nous force à examiner très minutieusement nos malades ».

Si, donc, Löri avait déjà soupçonné les relations qui

pouvaient exister entre certains aspects du pharynx ou du larynx avec un état général malade, il n'avait pas su distinguer une forme typique et constante. Tout au contraire, les états les plus disparates peuvent être à ses yeux des signes d'une affection générale. L'anémie signifie même chose que l'hyperémie, l'atrophie que l'œdème.

N'est ce pas vouloir aller un peu loin et faire perdre à cette remarque juste en principe la plus grande partie de sa valeur.

Enfin, M. Garel fait au Congrès de médecine de Lyon une communication sur une forme de pharyngite chronique hyperémique permettant de reconnaître la glycosurie ou l'albuminurie.

« Depuis quatre ans, dit-il, notre attention a été attirée par un symptôme, qui, à nos yeux, a une grande valeur pour nous mettre sur la piste du diabète ou de l'albuminurie. Nous voulons parler d'une forme de pharyngite toute spéciale, pharyngite congestive, qui diffère notablement des pharyngites vulgaires que nous observons journellement. »

En nous basant sur le travail de Joal et sur celui de Garel, nous admettons qu'il existe deux sortes de manifestations pharyngées comme signe prémonitoire de la glycosurie ou de l'albuminurie. Une première forme, celle sur laquelle nous désirons appeler l'attention, c'est la forme hyperémique avec catarrhe plus ou moins marqué ; la seconde, celle décrite par Joal : la forme sèche.

« Ces deux sortes de manifestations, nous dit Garel, nous paraissent être les deux étapes d'un même processus. La forme hyperémique, première en date, surviendrait

avant la forme sèche qui, elle, appartiendrait à un stade plus avancé.

« Néanmoins, l'autre pouvant être le premier indice révélateur des deux affections que nous avons signalées, il est utile de pouvoir le reconnaître le plus tôt possible. »

C'est pourquoi nous décrirons tout d'abord cette forme sèche malgré sa moindre valeur pronostique de l'avis même de son auteur et nous discuterons le travail de Joal.

La muqueuse est, en général, d'une coloration peu accentuée, le plus souvent grisâtre ; sa surface est tantôt lisse, unie ; tantôt chagrinée, rugueuse, granuleuse. On peut la voir traversée par des rides, des sillons qui s'en vont généralement dans le sens longitudinal.

Elle est parfois parcourue par de petits vaisseaux formant des réseaux, des lacis ; ces capillaires autrefois dilatés ont subi un travail atrophique. La membrane a un aspect tantôt mat, terne, tantôt luisant, vernissé.

La sécheresse envahit la totalité de la paroi postérieure du pharynx ou seulement la partie médiane ; d'autres fois elle se rencontre par petites plaques isolées, d'étendue variable. Les régions voisines sont, chez quelques sujets, dans des conditions normales, mais le plus souvent on peut constater différentes altérations, par exemple une hypertrophie amygdalienne, un allongement de la luette, un catarrhe chronique simple ou granuleux de la cavité nasale postérieure, une inflammation chronique du larynx bornée au vestibule ou s'étendant jusqu'aux cordes vocales inférieures.

Comme symptôme subjectif, il faut noter naturellement un sentiment de sécheresse plus ou moins prononcé et qui peut, suivant le degré, devenir intolérable.

Comme on le voit, cette description ne diffère en rien des autres pharyngites sèches que l'on rencontre journellement. Joal le dit lui-même : « Nous n'avons pas remarqué que l'état glycosurique imprimât à cette espèce nosologique des signes et caractères particuliers et les sensations perçues par le malade sont celles que ressent tout malade atteint d'angine chronique. »

Du reste, cela n'a rien d'étonnant puisque pour l'auteur ce n'est pas le diabète qui crée la pharyngite sèche; mais ce dernier « ne fait qu'accentuer les troubles pharyngés qui sont primordiaux et sont développés en dehors de toute influence glycémique ».

Donc, ce ne serait pour Joal qu'une coïncidence absolument fortuite, que la rencontre sur un même organisme, de deux affections n'ayant entre elles aucune relation de cause à effet.

De plus, l'auteur ne rapporte que neuf observations et avoue que c'est une forme rare dans le cours du diabète, puisque sur une statistique personnelle « de soixante-six malades atteints de catarrhe chronique de la muqueuse pharyngée avec sécheresse marquée de cette membrane, nous n'avons rencontré, dit-il, que neuf cas d'origine diabétique et quatre fois l'albuminurie ».

Si nous nous sommes attardé peut-être un peu longuement à discuter et à critiquer la valeur du signe de Joal, ce n'est certainement pas par parti pris; mais simplement pour que, s'il est bon de connaître la coexistence possible de cette forme avec le diabète et l'albuminurie, elle est bien loin d'avoir la valeur du signe de Garel, comme nous allons essayer de le démontrer.

CHAPITRE III

Si cette forme sèche ne diffère en rien des autres angines sèches vulgaires et que l'on rencontre couramment, surtout dans les affections nasales, il n'en est plus du tout de même lorsqu'il s'agit de l'hyperémie pharyngée chronique de Garel.

Celle-ci, en effet, s'offre à nous avec des caractères spéciaux tellement typiques, qu'ils réclament impérieusement l'examen immédiat des urines. Cet examen aboutira presque fatalement à la découverte d'urines donnant un précipité de sucre ou d'albumine. La pharyngite sèche, nous l'avons vu, ne donne, elle, d'analyses pathologiques que dans un huitième des cas seulement.

C'est pourquoi la forme hyperémique a pour nous une bien plus grande valeur; d'abord parce qu'elle survient d'une façon beaucoup plus prématurée et surtout parce qu'elle emporte avec elle une signification pathologique beaucoup plus constante.

Nous avons donc grand intérêt à décrire minutieusement l'état local et à bien définir les allures sous lesquelles se présente ce catarrhe hyperémique de la cavité pharyngée.

Si l'on examine la cavité buccale, ce qui frappe tout d'abord, c'est la congestion; congestion le plus souvent

intense, donnant une coloration pouvant aller du rouge vif au carmin le plus foncé. La teinte la plus habituelle serait une teinte *framboisée*, mais, caractère important cette teinte, qu'elle soit plus ou moins intense, est *uniforme* dans toute son étendue.

De plus, cette congestion est le plus souvent générale, s'étendant à toute la muqueuse pharyngée; paroi pharyngée postérieure, piliers, amygdales, voile et luvette.

Quelquefois la congestion s'arrête brusquement au niveau de la séparation des deux cavités pharyngée et buccale, traçant une ligne de démarcation brusque entre le voile et la voûte palatine, ce qui nécessairement saute immédiatement aux yeux par suite de l'inégalité énorme que présente la coloration rosée normale de la voûte et celle beaucoup plus intense du pharynx.

D'autres fois, au contraire, les deux muqueuses buccale et pharyngée participent toutes deux à l'hyperémie, mais c'est l'exception.

Un autre caractère qui frappe à première vue, parce qu'il est la plupart du temps très accusé, c'est *l'empâtement de la muqueuse*. Ce n'est pas de l'œdème, mais du gonflement, de la tuméfaction. On sent que la muqueuse est épaissie, boursouflée, et c'est surtout au niveau des piliers que le fait est le plus caractéristique. Les piliers postérieurs semblent épaissis, quelquefois énormes; ce qu'on voit mieux encore si, en abaissant fortement la langue, on fait contracter le voile. La tuméfaction peut même être assez marquée pour empêcher ou plutôt gêner l'introduction du miroir laryngien.

Mais si la tuméfaction par son intensité, par la grosseur des piliers, peut empêcher au miroir de trouver place, la

difficulté habituelle de l'examen laryngoscopique provient de la grande sensibilité de la muqueuse. Aussi, rencontre-t-on souvent des *réflexes extraordinairement exagérés*.

Il n'est pas rare, il est vrai, de voir, dans la pratique des maladies de la gorge, des malades chez lesquels un premier examen au miroir produit de violents réflexes bientôt apaisés soit par la volonté, soit par l'habitude vite acquise du contact du miroir. Mais chez ces malades, au contraire le contact renouvelé, bien loin de créer une accoutumance, ne fait qu'accentuer l'intensité des mouvements réflexes.

La sensibilité excessive de la muqueuse explique, du reste, très facilement ce phénomène pour qu'il n'y ait pas besoin d'insister davantage.

Enfin, un caractère sur lequel il convient de s'arrêter, car il est fréquent aussi, c'est la présence d'une couche de mucus plus ou moins abondant et visqueux. Ce sont des *mucosités très adhérentes* que l'on aperçoit sur toute la surface de la muqueuse et surtout au niveau de la paroi postérieure du pharynx.

Quant à leur abondance les malades s'en plaignent ordinairement beaucoup, à l'examen cependant ce qui frappe, c'est plutôt leur adhérence, leur viscosité, que leur abondance. Nous croyons facile d'expliquer cette apparente contradiction par l'interprétation suivante.

Le mucus du naso-pharynx qui descend le long de la paroi postérieure pharyngée, au lieu de glisser sur la surface muqueuse normalement lubrifiée, est ralenti dans son trajet par suite de la viscosité de la sécrétion. On voit, du reste, souvent le mucus adhérent par place comme le ferait une fausse membrane. On comprend alors très

bien que ce mucus donne la sensation d'un corps étranger qu'on s'efforce de rejeter par l'expectation.

La quantité des mucosités n'est donc probablement pas beaucoup augmentée; mais celles-ci, passant par la bouche au lieu de suivre la route normale inconsciente, donnent l'illusion au malade d'une sécrétion augmentée.

Si nous passons maintenant aux symptômes subjectifs il s'agit presque toujours de malades chez lesquels le diagnostic urinaire n'a jamais été fait, car ils n'ont jamais ou presque jamais éprouvé de troubles susceptibles d'appeler un examen médical. Un grand nombre de malades, dont nous publions plus loin l'observation, ont été envoyés à M. Garel par un confrère, leur médecin habituel, parce que ce dernier avait épuisé à peu près tout l'arsenal habituel de la thérapeutique bucco-pharyngée; gargarismes plus ou moins astringents, pulvérisations, badigeonnages, etc., et que rien, chez ces malades, n'avait éveillé en eux l'idée de la présence dans les urines d'albumine ou de sucre.

Et qu'on ne suppose pas que ce soit des cliniciens maladroits; plusieurs de nos malades étaient envoyés à M. Garel après avoir été sérieusement examinés par des médecins très compétents. Bien plus des spécialistes de la gorge, qui ne connaissaient pas le signe de Garel, ont institué des traitements par les cautérisations galvaniques parce que rien n'attirait leur attention vers les urines.

Quand les malades se présentent d'eux-mêmes à M. Garel, la plupart du temps, c'est que l'affection est de date plus récente. Le premier trouble ressenti alors est une sensation de gêne dans la gorge; c'est tantôt une sorte de tiraillement, tantôt une sensation d'empâtement

au niveau de la base de la langue. Mais, signe important au point de vue du diagnostic, ce n'est jamais une véritable douleur se traduisant ni par une douleur continue, spontanée, ni par de la dysphagie ou déglutition douloureuse.

Toujours cependant l'affection remonte au moins à plusieurs semaines si ce n'est plusieurs mois.

Donc, un des caractères importants est *la chronicité* de l'affection. Nous disons important ; car si ce n'était la durée et surtout l'état général qui n'a rien d'une manifestation aiguë, l'état local présente souvent l'aspect d'une angine catarrhale aiguë. Or, la pharyngite aiguë, tout le monde le sait, n'a jamais voulu dire albuminurie ou glycosurie. Il importe donc grandement qu'on sache la différencier du signe de Garel. Au chapitre du diagnostic nous y reviendrons d'une façon plus détaillée.

D'autres malades, enfin, se sont présentés quelquefois pour d'autres lésions dont la gêne leur masquait les sensations plus ou moins pénibles du pharynx. Cependant, l'état local pharyngé est tellement typique que là encore il sautait aux yeux et forçait l'attention.

Voilà donc, en quelques mots, la description de la pharyngite hyperémique, telle que la comprend M. Garel. Malheureusement, toutes les fois qu'il s'agit de tableau clinique, ce n'est pas décrire qu'il faudrait ; le plus grand talent d'exposition n'est rien auprès de la vue du malade lui-même. Dans le cas particulier, cependant, cette forme est tellement caractéristique que, malgré la pauvreté de notre description, nous espérons qu'une fois éveillée l'attention ne laissera plus passer, sans reconnaître le signe de Garel, tout malade qui en est porteur.

Nous avons été obligé, pour les besoins d'une description, de synthétiser, de grouper tous les symptômes autour d'une seule forme englobant tous les cas. Mais ce n'est pas toujours ainsi que se présentent nos malades ; il existe, comme ailleurs, différentes formes portant soit sur le degré d'intensité, soit sur la présence ou l'absence de signes plus ou moins importants.

Dans la majorité des cas, c'est la forme intense que l'on rencontre, mais, cependant, il est des formes atténuées, moins typiques, il est vrai, qu'il faut connaître pour éviter toutes causes d'erreur.

C'est pourquoi nous allons reprendre tous les symptômes un à un, en indiquant leur fréquence, leur intensité, et en appuyant nos dires par des observations. Nous nous efforcerons aussi de faire ressortir les différentes formes sous lesquelles peut se présenter ce catarrhe hyperémique.

C'est ainsi que la congestion que nous avons décrite seulement au niveau du pharynx présente non pas simplement des différences dans l'intensité de la congestion, se traduisant par une coloration plus ou moins prononcée, mais encore elle peut se propager aux autres organes adjacents dont, en somme, le pharynx n'est que le carrefour.

C'est ainsi qu'on peut voir, dans les cas suivants, la congestion, s'étendre non seulement au pharynx, mais encore à la muqueuse buccale surtout à la voûte, à la muqueuse du naso-pharynx, du nez et du larynx.

OBSERVATION II¹

*Rhino-pharyngo-laryngite congestive, glycosurie
et albuminurie.*

M. X..., de Marseille, vingt-sept ans, novembre 1895, nerveux, se plaint d'enrouements à répétition depuis 1888, a été aphone à plusieurs périodes à la suite d'excès de tabac, de refroidissement.

Congestion intense du pharynx (piliers, paroi postérieure, voile et voûte), s'étendant aussi aux cordes vocales fortement rouges avec empâtement et mucosités adhérentes.

L'examen nasal montre de l'hypertrophie du cornet inférieur gauche avec rougeur intense, de la muqueuse, ainsi que celle du naso-pharynx.

Les urines sont immédiatement demandées et donnent des traces non dosables de sucre et d'albumine.

Obèse, père, mère, oncle diabétiques. A consulté plusieurs spécialistes de Marseille qui n'ont institué qu'un traitement local ; l'un d'eux l'ayant effrayé, le malade se présente chez M. Garel pour être définitivement fixé sur son état. Avoue des excès alcooliques. A couché plusieurs fois dans la neige. Rien aux poumons, rien au cœur.

¹ Il importe de connaître la méthode d'exploration clinique que M. Garel emploie pour l'examen de ses malades. La voici :

1^o Simple indication par le malade de la localisation de son mal ;

2^o Sans autres renseignements, examen minutieux de l'état local ;

3^o Si nécessaire, analyse urinaire ou interrogatoire pour confirmer le diagnostic porté d'après l'état local.

OBSERVATION III

Congestion rhino-pharyngo-laryngée, glycosurie.

M^{me} X..., quarante-six ans, octobre 1896, vient consulter pour son nez qui présente de l'hypertrophie des cornets inférieurs. En examinant la cavité nasale, M. Garel est frappé de l'aspect de la muqueuse fortement congestionnée. Il examine alors le pharynx, puis le larynx qui, eux aussi, présentent l'hyperémie diathésique typique. Les urines, examinées aussitôt, sont fortement sucrées. Grand étonnement de la malade, qui ne se plaint, du reste, d'aucun phénomène pathologique pouvant faire penser au diabète.

En réalité, si la congestion est, dans la majorité des cas d'une très grande intensité, il est très rare, au contraire, qu'elle se généralise au point de gagner de proche en proche toutes les cavités adjacentes au pharynx, comme nous venons de le voir dans les observations précédentes.

De toutes les muqueuses péripharyngées, celle qui se laisse le moins facilement envahir, est la muqueuse nasale. A part les observations II et III, M. Garel ne l'a vu qu'une autre fois, mais alors avec grande intensité. Voici d'ailleurs le cas :

OBSERVATION IV

Rhino-pharyngite hyperémique¹. Glycosurie.

M. X..., septembre 1897. — M. Garel ayant fait, l'année précédente, un examen sommaire en dehors de son cabinet, avait réclamé une analyse d'urine d'après l'aspect de l'état local. Revient en disant qu'on a trouvé du sucre. Actuellement, congestion intense de tout le pharynx, rouge vif; est gêné par des mucosités épaisses, difficiles à rejeter. Congestion nasale intense.

Obèse, crache du sang. Quelques épistaxis.

Urines : sucre.

La muqueuse laryngée, au contraire, participe très souvent à l'hyperémie quelquefois en partie, d'autres fois en totalité.

Dans l'observation suivante, l'épiglotte seule prenait part à la congestion pharyngée; le reste de l'appareil laryngé (cordes, arythénoïdes, etc.) était intact.

OBSERVATION V

Congestion du pharynx et de l'épiglotte. Albuminurie

M. X..., trente-sept ans, février 1896, se plaint de picotements à la gorge. M. Garel réclame immédiatement des urines

¹Nous croyons utile de faire remarquer les synonymes employés par M. Garel. Pharyngite hyperémique, congestion pharyngée, hyperémie pharyngée, pharyngite dyscrasique, diathésique, etc.

d'après l'aspect local caractéristique ; pharynx et épiglotte fortement congestionnés. Rien aux cordes.

Urines : traces d'albumine.

Interrogé dans ce sens, le malade accuse alors des épistaxis fréquentes, des sensations d'étouffement, des céphalées. Pas de besoins fréquents d'uriner. Tension du pouls non exagérée. Rien au cœur.

Il faut bien dire que le fait est rare, puisqu'il n'a été observé qu'une fois ; tandis que la congestion totale pharyngo-laryngée se rencontre dans nombre de cas.

En voici du reste un certain nombre :

OBSERVATION VI

Congestion pharyngo-laryngée. Albuminurie.

M. X..., représentant de commerce à Lyon, cinquante-sept ans, se plaint de gêne dans le pharynx. L'aspect de la muqueuse est caractéristique. Congestion générale du larynx et du pharynx. Analyse immédiate des urines : disque léger d'albumine. Pas de sucre.

OBSERVATION VII

Congestion pharyngo-laryngée. Albuminurie.

M. X..., cafetier, cinquante et un ans. Juillet 1896. Se plaint de mal de gorge. Congestion légère pharyngo-laryngée. Urines : albumine.

OBSERVATION VIII

Pharyngo-laryngite congestive. Albuminurie.

M^{me} X..., de Givors. Mars 1897. A la voix enrouée. Rougeur générale du pharynx et du larynx faisant songer aux urines : albumine.

OBSERVATION IX

Congestion pharyngo-laryngée. Albuminurie.

M. Y..., vingt-cinq ans, de Grenoble. Février 1897. Enrouement datant de longtemps. Congestion générale pharyngo-laryngée. Urines : albumine.

Alcoolique.

OBSERVATION X

Pharyngo-laryngite hyperémique. Glycosurie.

M. X..., soixante-huit ans, tisseur à Lyon. 15 octobre 1898. Se plaint d'un mal de gorge. A l'examen, on remarque que la muqueuse pharyngée est d'un rouge intense sur toute son étendue. Elle n'est pas tuméfiée, pas de réflexes exagérés. La muqueuse laryngée est aussi hyperémiée. Les urines sont immédiatement analysées et donnent un précipité de sucre.

10 novembre 1898. — La congestion pharyngo-laryngée persiste. Urines : sucre.

OBSERVATION XI

Congestion pharyngo-laryngée. Glycosurie.

M. X..., vingt-huit ans, du Caire. Août 1894. Congestion générale du pharynx et du larynx.

Urines : sucre.

OBSERVATION XII

Congestion pharyngo-laryngée. Glycosurie intermittente.

M. X..., cinquante-sept ans, de Miribel. 12 juillet 1895. Se présente chez M. Garel pour un enrouement datant de quelques semaines. Rougeur générale du pharynx et du larynx faisant songer aux urines : sucre.

27 juillet 1898. — Depuis le 12, les analyses ont donné glycosurie intermittente.

OBSERVATION XIII

Congestion pharyngo-laryngée. Glycosurie.

M. X..., quarante-cinq ans. Décembre 1895. Sensations pénibles dans la gorge et l'œsophage. Congestion du pharynx. Cordes vocales très rouges. Urines : 5 grammes de sucre.

Le malade avoue alors être diabétique depuis trois ans à la suite de grands ennuis. La nuit prend des étouffements brusques. A des vertiges. A le spleen.

Le plus souvent, la congestion laryngée est assez accentuée pour provoquer des troubles dans la fonction vocale. On note, en effet, de l'enrouement, de la difficulté dans l'émission des sons, toute gêne souvent seul phénomène pathologique déterminant le malade à venir demander des soins.

Enfin, d'autres fois la congestion, au lieu de se généraliser et d'envahir les muqueuses voisines, se localise au contraire à une partie quelquefois très restreinte du pharynx. Mais cependant, caractère très important pour le diagnostic, comme nous le verrons plus loin, la lésion quoique très localisée, est toujours *bilatérale et symétrique*.

C'est ainsi que M. Garel ne note l'aspect caractéristique habituel de l'hyperémie qu'au niveau des piliers et du voile dans l'observation suivante :

OBSERVATION XIV

Coryza chronique. Pharyngite hyperémique. Glycosurie.

M. X..., chef du contentieux au P.-L.-M. Juillet 1897. Le diagnostic de glycosurie n'est pas fait d'après la gorge, parce que le malade a parlé de diabète dès le début.

Se plaint de coryza. A eu des crises d'éternuement pendant plus de six mois, il y a deux ans.

Piliers et voile seuls rouges, mais d'un rouge intense. Réflexes extraordinairement exagérés.

Urines : sucre.

Diabète remontant d'après le malade au moins à trois ans. Rien au cœur, tendance à l'emphysème.

Une autre fois, il n'y a que le voile d'hyperémie; mais la congestion est tellement typique que M. Garel ne s'y trompe pas et demande des urines.

OBSERVATION XV

Congestion du voile. Albuminurie et glycosurie.

M. X..., soixante-huit ans. Octobre 1897. Est sourd, se plaint de la gorge depuis deux ans. L'examen local ne fait découvrir que de la congestion du voile. Celui-ci est uniformément rouge, empatement considérable. Mucosités très adhérentes et très gênantes.

Le tout est tellement caractéristique que M. Garel n'hésite pas à demander des urines. Le malade déclare alors que ses urines contiennent de l'albumine et du sucre par intermittence.

Est d'une famille de goutteux. Troubles de la vue. Râles sonores aux poumons.

Une fois encore le diagnostic urinaire ne s'est fait que par l'hyperémie laryngée seule.

OBSERVATION XVI

Congestion laryngée. Albuminurie.

M. X..., quarante-huit ans, de Lyon. Février 1895. Souffre depuis huit ans de picotements au niveau du larynx. Depuis quinze jours, enrouement. Rougeur générale intense de tout le larynx (épiglotte, replis aryépiglottiques, arythé-

noïdes, bandes ventriculaires, cordes) qui fait demander les urines. Le malade avoue alors une albuminurie ancienne.

A fait deux saisons au Mont-Dore il y a six ans (mieux relatif). Tousse peu actuellement. Rien aux poumons. Rien au cœur. Urine beaucoup la nuit.

Ces localisations si restreintes étonnent. Tout d'abord, on se demande comment cette congestion, indice d'un état général pathologique, puisse se cantonner sur une si faible étendue de muqueuse.

C'est, du reste, ce qui avait déjà frappé Lasègue qui, cherchant une base de classification pour ses angines, n'avait osé s'appuyer ni sur l'état général ni sur le degré d'intensité de la lésion, mais sur sa localisation.

« J'ai dû, dit-il¹, sans avoir d'autre droit pour justifier cette subordination que l'imperfection de la science, prendre pour base du classement, la division qu'on pourrait appeler géographique. »

Lasègue en cherche les raisons dans l'anatomie pathologique : « Le tube pharyngien peut être divisé, dans le sens longitudinal, en trois régions plus pathologiques qu'anatomiques, l'une supérieure, se continuant avec les fosses-nasales ; l'autre inférieure, se continuant avec le larynx ; l'autre enfin intermédiaire et dont l'une de ses faces se prête seule à l'examen. »

Il est bien certain que, lorsque Lasègue parle de régions « plus pathologiques qu'anatomiques », l'étude histologique des muqueuses était assez imparfaite. Actuellement, au contraire, l'anatomie générale, par ses recherches très complètes est arrivée à différencier d'une manière absolue

¹ Lasègue, *loc. cit.*

l'épithélium des deux appareils qui se croisent à ce niveau : l'appareil respiratoire et l'appareil digestif, notant même les différences assez nettes des muqueuses au niveau de leur point de passage du type respiratoire au type digestif. A tel point que nous pourrions, en corrigeant Lasèque, appeler ces trois régions : « les trois régions histologiques ».

On comprend, dès lors, très bien ces localisations et ces lignes de démarcation si tranchées au point de séparation des deux muqueuses de type histologique différent.

Le deuxième caractère, l'empâtement, est peut-être moins constant que la congestion, car cette dernière, nous n'avons pas besoin d'insister davantage, est le caractère primordial qui ne manque jamais. Cependant il est bon de signaler l'observation suivante où la congestion faisait complètement défaut. Ce n'est que sur la constatation d'un empâtement très prononcé et caractéristique que M. Garel a eu l'attention attirée du côté de l'état général et a réclamé l'analyse des urines.

OBSERVATION XVII

Empâtement pharyngé. Albuminurie.

M. X..., cinquante-six ans, de Saint-Etienne. Septembre 1898. Se présente chez M. Garel pour des céphalées postérieures atroces, surtout nocturnes. Rien dans le sinus qu'on explore facilement.

Le pharynx n'est pas congestionné, mais présente cet empâtement caractéristique qui fait songer de suite à l'examen

urinaire : petit disque d'albumine. Pas d'épistaxis, pas de maux de reins, quelques troubles de la vue.

Inutile de dire que c'est le seul cas observé et que toujours c'est la congestion plus ou moins intense, plus ou moins localisée, mais avec son caractère spécial *d'uniformité et de chronicité* qui fait faire le diagnostic. Les autres signes ne font, en somme, que donner par leur présence un ensemble plus caractéristique et, par suite, une facilité de plus à éviter une erreur.

L'empâtement est assez constant, mais quelquefois il est si léger qu'on ne prend pas la peine de le noter.

On a déjà vu qu'il a été mentionné plusieurs fois dans nos premières observations; en voici encore une série, où il était assez intense pour qu'on en fasse une mention spéciale.

OBSERVATION XVIII

Congestion pharyngée. Albuminurie.

M. X... Avril 1896. Tiraillements au niveau de la gorge, Congestion et empâtement pharyngés.

Urines : albumine.

OBSERVATION XIX

Congestion pharyngée. Albuminurie.

M. X..., soixante-six ans, journalier. Juin 1897. Gêne dans la gorge. Empâtement considérable de toute la région pharyngée. Piliers volumineux et rouges.

Urines : albumine en quantité.

OBSERVATION XX

Pharyngite congestive. Empâtement. Albuminurie.

M. X..., cinquante-deux ans, tréfileur. Octobre 1894. Malade antérieurement, ne vient que pour sa gorge, tiraillements qui le réveillent la nuit, pas de sécheresse, pas de glaires. Le D^r Garel l'examine et trouve une muqueuse tuméfiée, rouge avec empâtement considérable des piliers, du voile et de la luette. Analyse immédiate des urines : tout petit disque d'albumine, pas de sucre.

M. Garel l'interroge seulement alors et le malade déclare qu'il a eu à dix-huit ans une arthrite tuberculeuse du pied et qu'il a perdu ses forces depuis cet hiver. Il a depuis cinq ans de l'engourdissement du petit doigt de la main gauche. A la sensation presque constante de froid dans la partie inférieure des jambes (garde un édredon même l'été). Pas d'excès alcoolique, pas de céphalée, pas de maux de reins. A quelquefois des mouches volantes. Pas de soif vive. Se lève une fois la nuit pour uriner. Urines pâles.

OBSERVATION XXI

Pharyngite hyperémique. Albuminurie.

M. X..., quarante-huit ans. Mars 1896. Il y a quatre ou cinq ans a eu déjà les amygdales brûlées par M. Garel, qui, actuellement, constate de la congestion et un empâtement de la muqueuse pharyngée tellement prononcés qu'il examine immédiatement les urines : albumine, pas de sucre.

La malade se plaint en effet de maux de reins et de tête,

quelques troubles de la vue. Prend des crampes musculaires et a de la cryesthésie de la cuisse gauche.

OBSERVATION XXII

Congestion pharyngée. Empâtement. Albuminurie.

M. X..., quarante-huit ans. Octobre 1898. Congestion moyenne du pharynx et empâtement assez prononcé, qui font faire l'examen des urines : traces d'albumine, pas de sucre.

Quelques filets de sang dans les crachats, pas d'épistaxis, polyurie ; grandes céphalées pendant l'été. Goutteux, fils de goutteux.

OBSERVATION XXIII

Congestion pharyngée. Albuminurie intermittente.

M. X..., cinquante-deux ans. 14 septembre 1898. Se plaint de sensation de brûlure dans la gorge. Obèse.

Empâtement considérable, muqueuse pharyngée, rouge, humide, avec mucus agglutinant.

Examen immédiat des urines : traces légères d'albumine. Pas de sucre.

18 septembre. — Urines de la nuit, pas trace d'albumine.

Quant à l'adhérence des mucosités, elle a été signalée assez souvent, mais surtout dans les observations suivantes où elle s'est fait spécialement remarquer par leur intensité.

OBSERVATION XXIV

Pharyngo-laryngite congestive. Glycosurie.

M. X..., cinquante-huit ans, de Lyon. Décembre 1896. Est envoyé à M. Garel par le Dr X... A la voix enrouée depuis un mois.

Congestion pharyngée intense, empâtement, mucosités très adhérentes. Larynx lui aussi fortement congestionné. Enfin type caractéristique de la pharyngite hyperémique appelant un examen d'urines : sucre.

OBSERVATION XXV

Congestion pharyngée. Glycosurie.

M. X..., trente-cinq ans, de Dijon. Janvier 1897, a eu une laryngite en 1881. Se plaint actuellement de gêne au niveau de la gorge, provoquée surtout par une sensation de gonflement et par la présence de mucosités continuelles. Le pharynx en effet est congestionné assez légèrement, mais d'une manière uniforme et générale. Gros empâtement. Mucosités très adhérentes.

Examen immédiat des urines : sucre.

Pas d'excès, grand amateur de chasse. Pas de polyurie, pas de soif ardente.

OBSERVATION XXVI

Pharyngite hyperémique. Albuminurie.

M. X..., cinquante-quatre ans, de Gap. Mars 1897. Se plaint de maux de gorge fréquents. Pharynx rouge et mucosités adhérentes sans empâtement.

Urines : traces certaines d'albumine, pauvres en phosphate, riches en acide urique.

A eu une attaque de goutte à vingt ans. Pas d'autres phénomènes pathologiques.

OBSERVATION XXVII

Pharyngite hyperémique. Glycosurie.

M. X..., quarante-deux ans, teinturier. Octobre 1898. Se plaint à M. Garel d'un mal de gorge durant depuis un certain temps déjà.

Pharynx d'un rouge pas très intense, mais la coloration uniforme et surtout les mucosités très adhérentes font penser aux urines ; forte glycosurie. Obèse.

Enfin, les réflexes exagérés ont été observés un grand nombre de fois ; ils sont la règle. On pourra peut-être nous objecter qu'ils ne sont que très rarement mentionnés. Cela provient simplement d'une chose, c'est que la grande dextérité de M. Garel lui permet d'en tenir moins compte qu'un autre. N'en étant que peu ou pas gêné, il ne songe pas à le noter sur l'observation.

Une seule fois, comme on a pu déjà le remarquer à l'observation XIV, ils étaient extraordinairement exagérés.

Quant à la chronicité, nous n'insisterons pas davantage, puisque c'est l'élément essentiel, primordial, au même titre que la congestion. Encore que nous ayons vu, dans un cas, comme on se le rappelle sans doute, l'empâtement éveiller seul l'attention du praticien vers l'état général.

Nous allons terminer ce chapitre, en donnant les obser-

vations qui rentrent dans l'ordre commun, sans présenter de signes plus nets les uns que les autres.

OBSERVATION XXVIII

Pharyngite hyperémique. Glycosurie.

M. X..., professeur de chant à Grenoble. Août 1895. Se plaint depuis un mois de la gorge. Congestion générale intense de tout le pharynx (paroi, piliers, luette, voile, amygdales) qui fait soupçonner à M. Garel une dyscrasie. Le malade avoue alors une glycosurie intermittente.

Traitement à Vichy.

OBSERVATION XXIX

Pharyngite congestive. Albuminurie.

M. X..., épicier, trente-six ans. 20 mars 1894. Diagnostic d'albuminurie fait par la congestion : voile et pharynx rouge intense. Disque d'albumine. Pas de sucre.

OBSERVATION XXX

Pharyngo-laryngite congestive. Albuminurie.

M. X..., trente-huit ans, employé à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu. Gorge et larynx rouge intense, couleur de carmin faisant penser de suite à un examen urinaire.

On trouve de l'albumine.

OBSERVATION XXXI

Pharyngite congestive. Albuminurie.

M. X..., cinquante-huit ans, de l'Arbresle. Mai 1896. Se plaint d'empâtement et de gêne à la gorge. Celle-ci est congestionnée d'une manière assez intense. Rien au larynx. Urines : léger disque d'albumine révélé par la chaleur.

OBSERVATION XXXII

Congestion pharyngée. Albuminurie.

M. X..., de Roanne, quarante-quatre ans. Octobre 1896. Est envoyé à M. Garel par le Dr ... pour des enrouements tenaces et à répétition. Congestion légère de la gorge et des cordes qui appelle un examen des urines : albumine.

Grippe il y a plus d'un an.

OBSERVATION XXXIII

Pharyngite congestive. Albuminurie et glycosurie.

M. X..., cinquante-deux ans, chef de gare. Mars 1897. Envoyé à M. Garrel par le Dr ... Gorge rouge d'une manière générale appelle un examen urinaire : albumine et peut-être du sucre.

Varices de la base de la langue. A craché le sang à plusieurs reprises. Quelques râles d'emphysème en avant.

OBSERVATION XXXIV

Congestion pharyngée. Glycosurie.

M. X..., cinquante-neuf ans, de Lyon. 9 septembre 1895.
Se présente à M. Garel pour une toux quinteuse, surtout après les repas.

Expectoration avec mucosités très gênantes.

L'examen local fait penser de suite aux urines, car la paroi pharyngée est congestionnée d'une manière intense.

Le malade avoue alors être diabétique depuis vingt ans.
Urines : 45 à 50 grammes de sucre.

Très nerveux, a eu en juin une pneumonie, a encore quelques crachats rouillés jusqu'à ces derniers jours. Rien aux poumons ; rien au cœur.

CHAPITRE IV

Le diagnostic de l'hyperémie pharyngée est très généralement facile à faire. Il importe malgré cela de nous arrêter longuement sur les caractères différentiels qui permettent de la distinguer des autres affections du pharynx.

L'angine catarrhale est, de toutes les manifestations aiguës, celle qui s'en rapproche le plus comme aspect local. Hâtons-nous de dire que les phénomènes généraux et l'acuité des symptômes permettent d'éviter facilement une erreur.

Rappelons cependant en quelques mots l'allure de l'angine catarrhale aiguë, et l'on verra ainsi les points de ressemblance et de dissemblance de ces deux affections.

L'angine aiguë s'annonce par des prodromes dont l'intensité est très variable, suivant les sujets. Ce sont des frissons, de la fièvre, courbature, céphalalgie, inappétence, symptômes insignifiants chez les uns, pouvant faire croire à l'invasion d'une maladie autrement grave chez les autres.

Un jour ou deux après le début apparaissent une sensation de *sécheresse à la gorge, la déglutition est difficile*, souvent *douloureuse*. La muqueuse est rouge, sèche, luisante, hérissée de saillies dues aux glandes mucipares.

L'infiltration du tissu sous-muqueux produit du gonflement pouvant aller jusqu'à l'œdème.

Au troisième ou quatrième jour seulement se montrent les mucosités *non adhérentes* produites par l'hypersécrétion des glandes mucipares.

La durée totale de l'angine ne dépasse pas sept ou huit jours.

Comme on le voit à une certaine période, l'angine aiguë, avec sa rougeur, son gonflement et ses mucosités, se rapproche de la forme de Garel. Mais la douleur, la non-adhérence des mucosités et surtout la constatation de l'état aigu de l'affection doit faire faire le diagnostic.

Il faut donc de toute nécessité, lorsque les phénomènes généraux manquent ou sont peu accusés et que, par suite on hésite, s'enquérir de la durée et de la date du début de la maladie.

On serait appelé à commettre sans cette précaution de fréquentes erreurs.

Depuis que nous connaissons le signe de Garel, nous n'avons vu commettre qu'une seule méprise. Elle ne s'est produite que par non-constatation de l'état aigu des lésions.

C'était à l'Antiquaille, M^{lle} X... se présentait à la consultation gratuite pour un mal de gorge intense depuis deux jours, disait-elle. L'état local était : rougeur, gonflement, mucosités. M. M..., externe en l'absence de M. Garel, n'ayant pas remarqué l'acuité des lésions, fit à tort le diagnostic d'hyperémie pharyngée. L'analyse des urines fut en effet négative.

Il suffit d'être prévenu pour éviter une erreur qui n'a pas grand inconvénient. Il vaut certainement bien mieux

faire une analyse inutile, qu'en d'autres circonstances, par ignorance du signe de Garel, ne pas analyser et laisser passer une albuminurie ou glycosurie susceptibles de devenir graves, en laissant la lésion évoluer sans traitement.

Quant aux autres manifestations aiguës du pharynx et, entre autres, les énanthèmes gutturaux des fièvres éruptives, nous n'en parlerons que pour mémoire. Là encore l'état local, tout autant que l'état général, force le diagnostic. Il nous semble inutile d'insister davantage.

Il est une autre cause d'erreurs qu'il suffit de signaler pour l'éviter : c'est l'aspect de certaines muqueuses qui, bien que saines, présentent une coloration bien voisine de celle d'un état pathologique.

Lasègue, dans la description d'une muqueuse pharyngée normale, met en garde le praticien contre ces états particuliers.

« La coloration, dit-il, est tantôt d'un blanc jaunâtre, tantôt d'un rose plus ou moins vif. Chez certaines personnes, en l'absence de toutes maladies, la paroi pharyngée est *violacée*. Il importe d'examiner un grand nombre de sujets évidemment exempts de toute affection pharyngienne pour savoir dans quelle limite peut se mouvoir l'état normal. Autrement, on risque de commettre l'erreur trop fréquente de ceux qui voient dans ces variations insignifiantes autant de lésions malades. »

Nous abordons maintenant la grande classe des formes chroniques et, avec elles, le point délicat du diagnostic différentiel. Aussi, pour rendre notre tâche plus facile, qu'on veuille bien se mettre en mémoire les grands caractères de l'hyperémie du pharynx : congestion avec rougeur plus ou moins intense, mais dont le trait essentiel est l'unifor-

mité dans la teinte. Si la rougeur est localisée, cette localisation est toujours bilatérale et symétrique. Enfin l'empâtement, la viscosité des mucosités, leur adhérence sont de bons signes distinctifs.

Ces caractères sont assez typiques, assez spéciaux pour enlever le plus souvent toute hésitation.

La pharyngite granuleuse, banale par sa fréquence, est celle qui, de l'avis de M. Garel, a été prise le plus souvent pour de l'hyperémie pharyngée.

Ce n'est pas que la pharyngite granuleuse ressemble beaucoup au signe de Garel, au contraire. Mais les praticiens, qui ne connaissent pas ce dernier signe, le rangent fatalement dans cette catégorie d'angine bien connue ; parce que le malade se présente à eux d'une manière identique dans les deux cas.

Même chronicité, même localisation, même gêne ou sensation de tiraillement plutôt que de douleur, même absence de phénomènes généraux ; de plus, dans l'hyperémie, les glandes à mucus, donnant une sécrétion plus épaisse, sont quelquefois hypertrophiées et peuvent simuler une granulation ; nouvelle cause d'erreur.

Mais si l'on va au fond des choses et qu'on fasse un examen minutieux de la gorge, il n'en est plus ainsi ; tout n'est que dissemblance.

La rougeur n'est plus la même. Dans l'angine granuleuse, elle est beaucoup moins intense et surtout se localise d'une manière tout à fait *asymétrique*.

Ce sont des îlots rouges, plus ou moins confluents entourés de muqueuse saine, ayant une granulation pour centre.

On ne trouve jamais ni empâtement, ni mucosités

adhérentes, c'est plutôt une forme atrophique se rapprochant de la pharyngite sèche, le malade se plaignant surtout d'une grande sécheresse de la muqueuse. Nous avons déjà vu quelle moindre valeur il fallait attribuer à la forme sèche de Joal dans la recherche de l'albuminurie ou de la glycosurie.

Les manifestations rhumatismales, quand elles se localisent au pharynx, sont surtout des manifestations aiguës. Lasèque en fait même un signe annonçant presque fatalement une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Dans les formes subaiguës ou chroniques, ce n'est plus une simple gêne, mais presque toujours une douleur très vive, donnant de la difficulté dans la déglutition. La cause de cette douleur est due à ce que les plans musculaires sous-jacents sont envahis par le processus rhumatismal.

De plus, le pharynx est sillonné de vaisseaux, dont la teinte n'est pas semblable à celle de la muqueuse et lui enlève ainsi le caractère d'uniformité. Le diagnostic est donc facile.

Parmi les pharyngites chroniques, il en est certainement une qu'on nous opposera, nous voulons parler de l'irritation locale produite par l'abus, soit du tabac ou des boissons alcooliques, soit des fonctions vocales.

Il faut avant tout s'entendre et savoir si vraiment ces causes sont capables de produire une entité morbide à part ; ou, si le tabac, l'alcool, le chant n'entrent pas en jeu comme une simple cause de surmenage de l'organe, créant ainsi un *locus minoris resistenciæ*. Chaque individu, suivant sa susceptibilité pathologique particulière, réalise alors soit la pharyngite granuleuse, soit la pha-

ryngite sèche, soit, s'il est albuminurique ou glycosurique, la forme hyperémique.

C'est notre avis et celui d'ailleurs de M. Garel ; aussi, n'insisterons-nous pas davantage, puisque nous avons déjà discuté les formes sèches et granuleuses.

La tuberculose a-t-elle besoin de nous arrêter, puisque la forme ulcéreuse est trop reconnaissable pour qu'on puisse hésiter et que, dans le cas où la muqueuse n'est pas ulcérée, son aspect est au contraire l'anémie et la pâleur.

Enfin la syphilis doit fixer notre attention, car « elle aime le pharynx ». Il n'est pas rare qu'à la période secondaire tout au moins les malades n'aient pas à souffrir une ou plusieurs fois de la gorge.

Le chancre résumant toute la pathologie de la période primaire, nous passons immédiatement aux lésions secondaires.

Là encore le diagnostic nous semble facile, car on sait que la syphilis à cette période se manifeste presque toujours au pharynx, par des énanthèmes : macules, papules etc., par des plaques muqueuses accompagnées ou non d'érythème. C'est du moins l'avis de Lasèque qui, médecin de Lourcines, a pu se faire une opinion très justifiée et très motivée par le grand nombre de femmes syphilitiques dont il a pu surprendre l'éclosion et suivre l'évolution des lésions.

Pour lui, toutes les formes érythémateuses simples ou décrites comme telles ne seraient qu'un premier état précédant de quelques jours seulement l'apparition de lésions caractéristiques et spécifiques.

Quant à l'érythème vermillon, les caractères décrits permettent d'éviter une erreur de diagnostic.

La rougeur est plus intense, plus vineuse, plus cramoisie, et sa localisation spéciale en bordure sur le voile du palais est typique.

Enfin, le symptôme douleur et dysphagie prolongée, qui accompagne presque toutes les manifestations siphylitiques pharyngées, viendra le plus souvent lever tous les doutes.

La période tertiaire donne de si grosses lésions : gommès ou ulcérations, qu'il n'y a pas lieu d'en parler.

Pour nous résumer et au risque de paraître excessif, nous n'avons pas crainte d'affirmer que dans le plus grand nombre de cas le diagnostic s'impose. Dans les angines syphilitiques aussi bien que dans les angines chroniques banales, on sent que la rougeur n'est pas la même. Dans l'hyperémie du pharynx, la congestion accompagnée plus ou moins d'empâtement présente ce je ne sais quoi qu'on ne saurait décrire, mais qu'une fois vu ne s'oublie plus.

Nous n'en voulons pour preuve que la pratique de M. Garel qui, sur le nombre de pharyngites qu'il examine journellement, ne s'est que rarement trompé.

Pourtant, dans les trois observations suivantes, bien que les signes rencontrés aient paru assez caractéristiques pour faire porter le diagnostic d'hyperémie pharyngée, l'analyse urinaire fut négative.

OBSERVATION XXXV

Hyperémie pharyngée (?).

M. X..., quarante-cinq ans, cantonnier. Avril 1895. Se présente à la consultation de l'Antiquaille avec une sensation

de gêne à la gorge. Le pharynx est congestionné, empâté, rappelant la forme hyperémique.

Urines : ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION XXXVI

Hyperémie pharyngée (?).

M. X... Janvier 1898. Sensation de gêne à la gorge. Congestion intense de la gorge faisant songer aux urines : ni sucre, ni albumine.

Congestion des bases du poumon, surtout à droite.

OBSERVATION XXXVII

Hyperémie pharyngée (?).

M. X... se plaint d'enrouement très prononcé. Congestion intense et générale de la gorge.

Urines : néant.

Grippe il y a deux mois.

Comment faut-il interpréter ces trois observations ? Le signe de Garel est-il en défaut ou bien le diagnostic est-il erroné ?

Ni l'une ni l'autre de ces réponses, à notre avis, ne nous semble juste. L'observation suivante ne nous autorise-t-elle pas à d'autres conclusions.

OBSERVATION XXXVIII

Hyperémie pharyngée. Albuminurie.

M. X..., ecclésiastique, cinquante ans. Avril 1896. Se plaint d'une gêne au niveau de la gorge, depuis plusieurs

mois. Type le plus caractéristique d'hyperémie pharyngée.

Urines : ni sucre, ni albumine.

M. Garel ne put s'empêcher de noter son étonnement, car son signe était manifestement en défaut et cela dans un cas très net.

Mai 1897. — Un an après, l'aspect pharyngé est encore typique, congestion intense, empâtement, adhérence des mucosités. Nouvelle analyse d'urines et, cette fois, on trouve un fort précipité d'albumine.

Pour nous donc, nous admettons que dans ces quatre derniers cas le diagnostic d'hyperémie pharyngée est juste et que, malgré l'absence de sucre et d'albumine, le signe de Garel conserve une grande partie de sa valeur.

Et qu'on n'aille pas nous objecter de vouloir attacher quand même de l'importance à ce signe, puisque c'est sur un fait que nous appuyons nos dires. Et de même que, dans l'observation I, Bouveret avait affirmé malgré l'absence d'albuminurie l'imminence d'une lésion rénale, de même que Dieulafoy classe brightiques des malades sans albuminurie, nous nous croyons autorisé, d'après l'observation XXXVIII, à faire de nos quatre derniers malades sinon des brightiques avérés, tout au moins des candidats à cette redoutable affection. D'où, conséquence logique et pratique, ce sont des malades à surveiller de très près.

N'exagérons rien, cependant, et si nous sommes affirmatif à porter un diagnostic ferme, lorsque, comme plus haut, les caractères observés sont très nets ; nous admettons, au contraire, très volontiers qu'il existe des formes dont les allures moins franches peuvent laisser planer le doute et perdre alors tout ou partie de leur signification pathologique spéciale.

CHAPITRE V

Il nous semble utile, maintenant que l'on est familiarisé avec l'aspect clinique de l'hyperémie pharyngée et son diagnostic différentiel, d'attirer l'attention sur les quelques observations suivantes, qui sont très instructives au point de vue des grands services rendus journellement à M. Garel par ce nouveau signe clinique.

C'est ainsi que, dans l'observation qui suit, le diagnostic d'albuminurie n'avait jamais été posé, rien dans l'état général ne venant donner l'idée que le malade pût être porteur d'une lésion rénale. Ceci n'a rien encore qui doive nous étonner, puisque c'est ce que nous avons déjà vu dans nombre de nos observations; ce qui est plus intéressant, c'est qu'ici le malade n'attire même pas l'attention sur son pharynx ou larynx. Il réclame ses soins pour une affection tout autre.

Mais l'état local pharyngé est tellement typique qu'il frappe, alors même qu'on ne l'examine pas spécialement.

Du reste, qu'on en juge par soi-même, voici l'observation :

OBSERVATION XXXIX

Pharyngo-laryngite hyperémique. Albuminurie.

M. X..., trente-six ans. Mai 1895. Est envoyé à M. Garel par le Dr ..., pour une fistule purulente du maxillaire inférieur.

En examinant le trajet fistuleux, la congestion pharyngée saute aux yeux de M. Garel qui demande immédiatement des urines. On trouve un fort disque d'albumine, pas de sucre. Grand étonnement du malade qui n'était nullement souffrant.

Le larynx participait à la congestion. Pas d'enrouement cependant.

Voici une autre observation qui nous démontre encore que, si la congestion pharyngée ne présentait pas un aspect spécial qu'il est impossible de confondre avec toute autre affection, là, plus qu'ailleurs, on aurait été exposé à se tromper. Il nous semble que, si la congestion avait eu un aspect banal, il eût été bien plus simple d'en faire remonter la cause à l'affection des cordes vocales, sans avoir même l'idée de lui donner une autre valeur.

OBSERVATION XL

Pachydermie verruqueuse laryngée. Hyperémie pharyngée. Albuminurie.

M. X..., quarante et un ans. Janvier 1897. Voix enrouée, tousses depuis trois mois, quintes coqueluchoïdes, sans ictus, mais avec éblouissement.

Gorge empâtée fortement, rouge intense sur toute l'étendue du pharynx. Pachydermie verruqueuse du tiers postérieur des cordes vocales.

L'état de la gorge fait examiner les urines : albuminurie légère, pas de sucre.

Le malade, interrogé dans ce sens, accuse de la polyurie, maux de tête, maux de reins, troubles de la vue, doigt mort, obèse, excès alcooliques.

Voici encore deux observations dans lesquelles le malade ne se plaint et ne vient demander du soulagement à M. Garel que pour une affection tout autre. Qu'on en juge du reste :

OBSERVATION XLI

*Catarrhe nasal. Pharynx et voûte hyperémiés.
Albuminurie.*

M. X..., trente-huit ans, receveur d'enregistrement. Janvier 1896. Souffre du nez depuis longtemps. A l'examen : catarrhe nasal intense, muco-pus du méat inférieur, hypertrophie du cornet inférieur droit, catarrhe de la trompe. En faisant la rhinoscopie postérieure, M. Garel remarque que le pharynx tout entier est d'un rouge intense ainsi que la voûte palatine; empâtement considérable. Examen immédiat des urines : léger disque d'albumine, pas de sucre. Grand étonnement du malade.

A fait de grands excès alcooliques et de tabac, a cessé le tout depuis quatre mois. Présente des troubles de l'ouïe.

OBSERVATION XLII

*Ozène atrophique. Hyperémie pharyngo-laryngée.
Glycosurie.*

M. X..., cinquante-huit ans, de Marseille. Juillet 1895. Est envoyé par le Dr ..., pour un ozène atrophique ancien, dont le début remonte à l'âge de vingt-deux ans. Atrophie énorme des cornets, surtout à gauche. Ne peut pas aspirer d'eau boriquée par le nez.

M. Garel est amené à faire l'examen des urines par la congestion générale de tout le pharynx et larynx. Pas de toux, mais mucus adhérent à la trachée.

Urines : sucre.

Rien au cœur, ni aux poumons.

On voudra donc bien convenir avec nous de l'importance de ce signe. A l'exception de quelques observations où l'interrogatoire aurait permis de soupçonner et de faire un diagnostic exact, on sera obligé d'avouer que le plus souvent sans la constatation de l'hyperémie pharyngée la lésion rénale ou diabétique passait inaperçue.

Faisons remarquer aussi le nombre assez considérable de malades ayant été déjà examinés par d'autres médecins dont aucun n'avait songé à un diagnostic urinaire. Ils avaient tous été frappés de ce que l'affection était rebelle à tout traitement. On en comprendra facilement la raison, puisque ce dernier ne portait pas sur la cause du mal.

Nombreuses sont les observations déjà citées où le fait a été relaté. En voici plusieurs autres dans le même sens :

OBSERVATION XLIII

Hyperémie pharyngée. Glycosurie.

M. X..., quarante-deux ans. Juillet 1896. Est envoyé à M. Garel par le Dr..... pour des troubles fréquents et tenaces de la voix depuis plus de deux ans.

A premier examen, M. Garel, constatant de l'hyperémie pharyngée intense et généralisée, examine les urines et trouve du sucre.

Renvoie le malade au Dr..... pour qu'il institue un traitement diathésique.

OBSERVATION XLIV

Toux chronique. Hyperémie pharyngée. Albuminurie.

M. X..., quarante-huit ans, janvier 1896, est envoyé par le Dr..... qui le soigne depuis longtemps pour une toux chronique très pénible.

Rien au larynx, qui est absolument normal, mais pharynx fortement hyperémié. Examen immédiat des urines : légère albuminurie.

Rien aux poumons, rien au cœur.

Renvoyé au Dr..... pour un traitement d'ordre général.

OBSERVATION XLX

Hyperémie pharyngée. Albuminurie

M. X... est envoyé à M. Garel par le Dr..... pour une pharyngite ancienne à répétition.

L'état local du pharynx réclame impérieusement l'examen urinaire à cause de l'hyperémie énorme et uniforme.

Urines : albumine.

Renvoyé au D^r.....

Enfin notre dernière observation est assez typique pour qu'elle se passe de commentaires :

OBSERVATION XLVI

Hyperémie pharyngée. Albuminurie.

M. X... se présente à M. Garel en se plaignant de la gorge⁹ douloureuse, dit-il, depuis longtemps.

Le pharynx est fortement congestionné, empatement volumineux, mucosités très adhérentes. Examen immédiat des urines : albumine.

Le malade raconte alors l'histoire suivante :

Il a été soigné tout d'abord par un spécialiste de la gorge, qui, diagnostiquant une pharyngite chronique vulgaire, lui fit des cautérisations répétées de la muqueuse, espérant ainsi modifier l'état local, mais sans aucun résultat.

Le malade va ensuite consulter un deuxième spécialiste qui, lui, élève de M. Garel, fait analyser les urines devant l'hyperémie pharyngée.

M. X..., très étonné de se trouver albuminurique, veut avoir la confirmation du fait et vient en troisième lieu trouver M. Garel.

Voici enfin une série d'observations prises avant la communication de M. Garel en 1894. Comme elles n'ont pas été publiées, ayant simplement servi à étayer les

dières de M. Garel nous croyons intéressant de les donner ici :

OBSERVATION XLVII

Congestion pharyngée. Glycosurie.

M. X..., cinquante ans, directeur d'usine. Août 1890.

Paroi pharyngée rouge et empâtée.

Urines : 12 grammes de sucre.

Mère diabétique, lui-même a le foie gros ; a eu des coliques hépatiques.

OBSERVATION XLVIII

Congestion pharyngée. Glycosurie.

M. X..., quarante-cinq ans. Avril 1890.

Toux par chatouillement depuis plusieurs années.

Congestion générale intense du pharynx qui fait songer aux urines : sucre.

Alcoolique.

Revient l'année suivante, juillet 1892, pour des crachats hémorragiques depuis dix mois, surtout le matin.

L'état local pharyngé est toujours le même, la glycosurie persiste également.

OBSERVATION XLIX

Congestion pharyngo-laryngée. Glycosurie.

M. X... Mai 1891.

A toussé tout l'hiver.

Présente de la congestion générale du pharynx et du larynx qui fait penser à la glycosurie.

Le malade avoue alors 3 grammes de sucre.

Teinte ictérique des téguments. Rien aux poumons.

OBSERVATION L

Congestion pharyngo-laryngée. Glycosurie.

M. X... Février 1891.

Prend des quintes de toux qui durent trois semaines, un mois quelquefois.

Pas d'expectoration, pas de coryza, pas d'asthme, pas influencées par l'humidité.

Pharynx et larynx fortement congestionnés.

Urines : sucre en très petite quantité.

Frère mort diabétique. Urine beaucoup.

Rien aux poumons. A fait une saison à Allevard sans succès.

OBSERVATION LI

Congestion de la gorge et du larynx. Albuminurie.

M. X..., quarante ans. Juillet 1891.

Voyage depuis le 25 mars et, depuis cette époque, a perdu l'odorat et le goût.

Congestion générale et empâtement pharyngo-laryngés, qui fait analyser les urines avant tout interrogatoire sur l'état général.

Urines : traces d'albumine.

Boit beaucoup d'alcool et de vin. Facies congestionné. A eu la goutte.

OBSERVATION LII

*Pharyngo-laryngite diathésique. Albuminurie.
Glycosurie.*

M. X... Décembre 1891.

Congestion générale du pharynx et du larynx.

Examen des urines : sucre et albumine.

A eu, dans le courant de l'année, un anthrax et de l'eczéma.

Avait consulté, avant M. Garel, un confrère qui avait fait des irrigations nasales et des pointes de feu dans la narine, ce qui avait fait saigner abondamment.

OBSERVATION LIII

Pharyngite diathésique. Albuminurie.

M. X..., trente-huit ans, notaire. Mai 1891.

Est obligé de parler beaucoup. Souffre de la gorge.

M. Garel pense à une affection générale à l'aspect du pharynx congestionné.

Urines : léger disque d'albumine, pas de sucre.

Obèse, goutteux, pas d'urines abondantes. Depuis deux mois, quelques douleurs de reins.

OBSERVATION LIV

Pharyngite hyperémique. Albuminurie.

M. X..., vingt-huit ans. Mai 1894.

Se plaint d'angines légères à répétition.

Toux légère. Et cependant rien de particulier au pharynx.

Février 1894. — Ce malade revient parce qu'il souffre d'une gêne persistante de la gorge qui le réveille quelquefois la nuit.

L'examen du pharynx donne une congestion qui éveille l'idée d'une dyscrasie.

Urines : joli disque d'albumine, peu de sucre.

Le malade urine souvent, mais peu à la fois, se lève deux ou trois fois la nuit.

Fait bonne chère et boit facilement des liqueurs. Maux de reins au lit. Pas de galop, pas de pouls tendu. Quelques épistaxis abondantes, mais rien de visible dans le nez.

OBSERVATION LV

Congestion hyperémique pharyngée. Albuminurie.

M. X..., trente-quatre ans, notaire, décembre 1892.

Vient demander des soins pour un coryza hypertrophique inférieur occasionnant de l'obstruction nasale.

En faisant la rhinoscopie postérieure, M. Garel constate une rougeur vive du pharynx avec des mucosités très adhérentes. Ce signe fait songer à l'analyse des urines ; disque léger d'albumine, pas de sucre.

Pas d'oppression. Pas de maux de reins. Pas de galop. Des migraines. Somnolence fréquente. Alcool et bonne chère.

Cette congestion pharyngée fait ajourner le traitement nasal.

OBSERVATION LVI

Hyperémie de la luette et du larynx. Albuminurie

M. X.., soixante-quinze ans, ingénieur des mines, juin 1893.

Gêne au niveau de la gorge depuis cinq ou six mois ; un peu de surdité. Sécrétion nasale abondante.

Congestion intense de la luette et de tout le larynx qui fait analyser les urines ; léger disque d'albumine.

Quelques épistaxis. Se lève trois fois pour uriner la nuit.

OBSERVATION LVII

Congestion pharyngo laryngée. Glycosurie.

M^{me} X..., quarante-neuf ans, juin 1893.

A la voix très enrouée.

A l'examen du pharynx et du larynx, la première idée de M. Garel est qu'il faut analyser les urines, tellement l'aspect est caractéristique.

Glycosurie abondante.

A eu, il y a dix-huit mois, dit-elle, une congestion cérébrale (?), sans perte de connaissance.

A maigri de 20 kilogrammes.

Râles dans les deux poumons.

OBSERVATION LVIII

Congestion dyscrasique. Glycosurie.

M. X..., quarante-cinq ans, avril 1893.

Vient pour un mal de gorge datant de l'été 1892. La gorge étant fortement congestionnée, M. Garel demande des urines. Devant l'impossibilité matérielle actuelle, l'analyse est renvoyée au lendemain. On trouve beaucoup de sucre. Pas d'albumine.

Depuis un an, soif vive sans polyurie.

Gencives malades.

OBSERVATION LIX

Congestion pharyngée. Glucosurie.

M. X .., voyageur de commerce, décembre 1893.
Gorge rouge intense. Examen immédiat des urines. Sucre.
Alcoolique. Soif vive. Bourdonnements d'oreilles. Yeux
larmoyants.

OBSERVATION LX

Congestion pharyngo-laryngée. Glycosurie.

M. X..., avril 1892.
Congestion générale du pharynx et du larynx.
Mucosités adhérentes.
Analyse urinaire : sucre, 40 à 50 grammes.
A eu la syphilis en 1892.
Fume beaucoup.

OBSERVATION LXI

Congestion pharyngo-laryngée. Albuminurie.

M. X..., trente-six ans, mai 1894.
Enroué depuis deux mois. On constate de la congestion
intense du pharynx et du larynx avec empâtement et viscosi-
tés adhérentes qui forcent à examiner les urines. Léger disque
d'albumine.
Obèse, alcoolique. Pas de maux de reins, des mouches
volantes, céphalée. Urines abondantes : 4 litres. Se lève la nuit
pour uriner.

Pouls un peu tendu, galop. Œdème malléolaire. Epistaxis.

OBSERVATION LXII

Congestion pharyngo-laryngée. Albuminurie.

M. X..., de Besançon, janvier 1894.

Le diagnostic est fait d'après l'aspect seul de la gorge, qui présente de la rougeur vive et générale. Mucosités adhérentes. Le larynx participe à l'hyperémie.

Urines : albumine, pas de sucre.

Obèse, pas d'alcoolisme. Œdème léger des malléoles. Pas d'autres signes de néphrite, sauf le pouls un peu tendu.

OBSERVATION LXIII

Congestion du voile et de la luette. Albuminurie.

M. X..., soixante-deux ans, septembre 1894, a eu quarante accès d'asthme pendant un mois.

Rougeur suspecte du voile et de la luette avec mucus très adhérent, qui fait penser à analyser les urines, bien que le malade affirme les avoir fait analyser il y a deux mois sans sucre, ni albumine.

Notable quantité d'albumine, pas de sucre.

Epistaxis en août, qui a duré dix-neuf heures.

Accès de goutte de dix jours au gros orteil droit.

Pouls dur et tendu.

OBSERVATION LXIV

Pharyngite congestive. Albuminurie.

M. X..., ecclésiastique, juillet 1894.

A enseigné pendant cinq ans. Voix se fatiguant vite.

Congestion générale intense du pharynx avec enduit gommeux adhérent.

Urines : albuminurie légère.

OBSERVATION LXX

Congestion pharyngo-laryngée. Glycosurie.

M. X..., quarante ans, août 1894.

Mal de gorge ancien. Examen rendu presque impossible par l'empâtement considérable avec réflexes extraordinairement exagérés. Rougeur intense.

Cordes vocales entr'aperçues sont également tuméfiées.

Urines : sucre en grande quantité.

Pas de signes de diabète. Obèse depuis deux ans, pèse 102 kilogrammes.

OBSERVATION LXVI

Congestion pharyngée. Glycosurie.

M. X..., quarante-cinq ans, juin 1894.

Pharynx fortement congestionné. Luette empâtée et allongée. Mucosités épaisses et adhérentes.

Urines : sucre assez abondant.

CHAPITRE VI

Nous avons essayé de rechercher s'il existait un signe particulier qui nous permît de distinguer à première vue, si l'hypérémie est liée à la glycosurie ou à l'albuminurie.

Nous n'avons rien trouvé de pathognomonique. En relisant nos observations, on peut remarquer que la congestion laryngée est plus fréquente dans la glycosurie ou dans l'albuminurie.

C'est ainsi que, sur 24 glycosuries, on en observe 12 où la congestion s'est propagée au larynx; sur 34 albuminuries, au contraire, on ne l'a remarquée que neuf fois et trois fois sur quatre observations où l'on rencontrait sucre et albumine.

Mais cette remarque, en somme, a peu de valeur et nous avouons que le véritable signe distinctif est encore à trouver.

Pour le moment, ce n'est que l'analyse urinaire seule qui peut nous permettre de trancher le différend. Il reste toujours bien entendu que nous ne voulons parler que de l'état local; nous faisons abstraction des renseignements que pourrait nous fournir le malade avant ou après l'analyse. On connaît du reste la méthode d'examen clinique de M. Garel qui, de parti pris, ne se sert de l'interrogatoire que comme confirmation du diagnostic porté d'après l'aspect des lésions locales, ou lorsque ces

dernières ne sont pas assez nettes pour lui permettre de se faire une opinion par elles seules. Toujours donc les premiers renseignements sont demandés à l'état local; l'interrogatoire ne vient qu'ensuite.

Du reste, dans le cas qui nous intéresse, nous croyons l'avoir déjà dit, ces renseignements sont de fort peu d'importance, car le malade, la plupart du temps, n'en est encore qu'au début de ses lésions rénales ou diabétiques. Aussi le diagnostic porté est-il souvent une véritable révélation pour le malade étonné.

Nous nous sommes demandé, également, si cette forme de pharyngite pouvait nous donner des indications utiles au point de vue du taux de l'albumine et du sucre.

Dans nos glycosuries, l'hyperémie pharyngée se rencontre aussi bien dans les glycosuries légères que dans les glycosuries abondantes. Dans l'albuminurie au contraire le taux de l'albumine, à part deux cas, était relativement peu élevé. L'intensité plus ou moins forte de la congestion ne nous a pas semblé, non plus, vouloir indiquer une quantité plus ou moins grande de sucre ou d'albumine.

Remarquons aussi en passant que c'est l'albuminurie qui l'emporte de beaucoup sur la glycosurie. Ainsi, sur les 66 observations publiées, 24 se rapportent à la glycosurie, 35 à l'albuminurie, 4 aux deux affections réunies, 3 à des urines normales.

Au point de vue étiologique, l'âge de nos malades oscille dans la moyenne de trente-cinq à cinquante ans. Un seul avait vingt-cinq ans et quelques-uns soixante-six et soixante huit ans.

Chose curieuse, sept seulement de nos malades proviennent du service hospitalier, tous les autres ont été examinés

dans la clientèle privée de M. Garel. Ils appartenaient donc tous à une condition sociale assez élevée, la plupart exerçait des professions libérales. C'est ce qui explique que nous retrouvons la goutte dans les antécédents héréditaires ou personnels d'un certain nombre d'entre eux et cela aussi bien dans l'albuminurie que dans la glycosurie.

L'obésité, cette manifestation de la diathèse arthritique par excellence, a été observée un grand nombre de fois ainsi qu'une tendance marquée à l'emphysème et à la bronchite chronique.

L'alcoolisme a été constaté plusieurs fois, presque toujours chez des albuminuriques. Ceux-ci se présentaient avec les signes caractéristiques : facies fortement coloré, cou court, yeux injectés et larmoyants.

Plusieurs brightiques avaient eu des épistaxis, et l'on sait quelle est l'importance de ce symptôme lorsqu'il est observé dans la période moyenne de la vie.

Notons enfin que nous n'avons rencontré que trois femmes et pas d'enfants. Il est facile d'en trouver l'explication. D'abord les maladies rénales chroniques sont rares chez l'enfant, et la femme surmène moins que l'homme son pharynx. En effet, sa vie beaucoup moins active lui permet d'affronter moins souvent les intempéries. Mais, surtout, elle ne soumet pas constamment sa gorge au contact irritant des fumées du tabac ou de l'alcool, ces derniers créant ainsi un point de moindre résistance.

Mais, pourrait-on encore nous demander, vos malades qu'en faites-vous ? des diabétiques, des brightiques ?

Pour quelques-uns d'entre eux, la réponse ne fait de doute pour personne. On se trouve sûrement en face de diabétiques et de brightiques avérés ; l'interrogatoire qui

suit l'examen pharyngé ne laisse place à aucune hésitation.

Mais il est loin qu'il en soit toujours ainsi. Dans la plus grande majorité des cas, au contraire, on ne découvre pas d'autres symptômes que l'albuminurie ou la glycosurie plus ou moins fortes, plus ou moins constantes.

Nous croyons que ce sont des malades au début d'une lésion chronique, alors que la maladie sournoise, latente, ne retentit pas encore d'une manière bien fâcheuse sur l'état général et qu'un traitement approprié est susceptible de modifier heureusement.

Quant à vouloir discuter, si nous nous trouvons en présence de ces formes d'albuminurie ou de glycosurie transitoires, décrites sous le nom de cycliques par Teissier, chez les descendants de gouteux ; ou de résiduales par Küffer, formes qui, d'après leurs auteurs, ne répondent à aucune lésion grave et dont la valeur pronostique est généralement bénigne ; on nous permettra de ne pas nous prononcer, nous dirons même plus, nous ne voulons pas nous prononcer, ce n'est pas le but de notre travail.

Nous ne nous attarderons pas à discuter si l'hyperémie pharyngée est primitive ou secondaire ; en d'autres termes si celle-ci est vraiment une manifestation locale de la glycosurie et de l'albuminurie, ou si, première en date, l'apparition du sucre ou de l'albumine ne fait qu'accentuer les troubles pharyngés en leur imprimant un cachet spécial.

Est-il nécessaire de parler du traitement ?

Il est bien certain que la première indication sera de s'adresser à la maladie en cause, dont l'état local n'est que la manifestation.

Nous n'avons pas l'intention de reproduire ici tout l'arsenal thérapeutique généralement employé, soit dans

l'albuminurie, soit dans la glycosurie, et encore moins celle d'indiquer de nouveaux traitements. Ceux-ci, du reste, ne manquent pas. Ne sont-ils pas, malheureusement par leur grand nombre, signe de leur impuissance. Ce n'est pas, dans tous les cas, notre rôle de les discuter.

Quant au traitement local, il ne peut être que banal ; car de deux choses l'une, ou bien l'état général a pu être heureusement modifié et le pharynx reprendra par le fait même son état normal, ou bien le processus dyscrasique continue à évoluer malgré tous les efforts et alors le traitement local, quel qu'il soit, ne peut être qu'inefficace, la cause productrice du mal existant toujours.

Le traitement local ne doit donc être qu'un adjuvant palliatif et c'est dans ce but que M. Garel préconise avec succès des badigeonnages à l'huile mentholée. Contre la viscosité et l'adhérence très gênante des sécrétions, on peut ordonner des gargarismes à l'eau alcaline.

Enfin, on doit recommander d'éviter toutes les causes d'irritation et de surmenage local.

CHAPITRE VII

Il ne nous reste plus maintenant qu'à jeter un regard d'ensemble sur notre travail et à tirer les conséquences qu'il comporte.

On voudra bien convenir que nous sommes en droit de dire que le signe de Garel répond d'une manière absolue à ce que nous attendions de lui.

Et d'abord, n'est-il pas d'une facilité très grande à découvrir, puisque le plus souvent le malade attire lui-même l'attention du médecin en se plaignant, soit d'une gêne de la gorge, soit d'un enrouement, toute manifestation qui appelle forcément un examen du pharynx.

Bien que sorti de l'observation journalière d'une spécialité, qui exige presque toujours une instrumentation délicate et difficile à manier, ce signe est d'une exploration facile et simple. Nous avons tous vu nos maîtres dans les hôpitaux se servir journellement du dos d'une fourchette en guise d'abaisse-langue à défaut d'instrument plus spécial. C'est dire que l'examen local est à la portée de tout le monde.

Nous avons insisté assez longuement, dans le cours de notre travail, sur l'aspect *vraiment caractéristique* du signe de Garel pour que nous insistions davantage ici.

Quant à la valeur de l'hyperémie comme signe d'albu-

minurie ou de glycosurie, la statistique de nos observations est assez belle pour que nous lui laissions la parole sans autres commentaires.

Sur 66 observations que nous publions où le diagnostic d'hyperémie pharyngée avait été posé, nous avons trouvé 35 fois l'albuminurie; 24 fois la glycosurie; 4 fois ces deux affections associées; enfin 3 fois l'analyse urinaire fut négative.

La grande valeur du signe de Garel ne peut donc être niée; et si nous admettons volontiers qu'il existe des formes où le doute est permis et le signe en défaut, nous croyons cependant qu'il garde une partie de sa valeur, les urines étant normales, lorsque l'hyperémie se présente avec des caractères typiques. Ce ne sont peut-être pas encore des malades, mais de futurs malades.

Le diagnostic est généralement facile à faire comme nous l'avons vu.

Nous faisons remarquer enfin que, sans le signe de Garel, la plupart de nos malades n'auraient pas bénéficié du diagnostic précoce d'albuminurie ou de glycosurie : état pathologique plus ou moins latent sans symptômes bien accusés qui avaient jusque-là échappé à la sagacité de cliniciens expérimentés. Ils ont pu ainsi profiter d'un traitement rationnel et causal, alors que la lésion non encore franchement constituée était susceptible d'être heureusement modifiée.

Nous n'avons pas voulu entrer dans les questions de pathogénie, forcément du reste un peu théoriques, parce que cela nous aurait entraîné dans des discussions souvent stériles, mais surtout parce que nous serions sorti du cadre que nous nous étions tracé. Le but de notre travail, on

s'en souvient, n'est pas là. Nous avons voulu attirer l'attention sur un nouveau signe qui permet de dépister deux affections, d'autant plus redoutables que plus sournoises.

Au praticien ensuite, s'il a découvert sucre ou albumine, d'en déduire toutes les conséquences pronostiques et thérapeutiques que lui suggérera son examen clinique ultérieur.

Avons-nous réussi à forcer la conviction ? c'est notre ferme espoir, puisque l'hyperémie pharyngée a déjà résisté bravement à huit années d'épreuves. Et si conforme à l'adage bien connu, « toute règle porte exceptions », l'exception nous semble ici réduite au minimum.

Nous avons donc foi à l'avenir et nous espérons qu'on voudra bien admettre ce nouveau signe au même titre que ceux déjà décrits comme révélateurs de l'albuminurie ou de la glycosurie et adopter nos conclusions.

Elles seront celles de M. Garel en 1894, estimant leur avoir apporté non seulement pleine confirmation, mais encore l'appui de faits nouveaux.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une forme spéciale d'hyperémie pharyngée chronique non encore signalée avant la communication de M. Garel, au Congrès de médecine de Lyon en 1894.

II. — Les caractères essentiels de cette hyperémie sont : d'être chronique, congestive, avec mucosités adhérentes, empâtement, sensibilité et réflexes exagérés.

III. — Cette hyperémie se distingue facilement par son aspect caractéristique des autres troubles pharyngés aigus ou chroniques.

IV. — L'hyperémie pharyngée étant une manifestation de la glycosurie ou de l'albuminurie, on devra toujours analyser les urines. Dans la grande majorité des cas on découvrira du sucre ou de l'albumine.

V. — Nous n'avons pas trouvé de signes vraiment distinctifs, nous permettant de dire, par le simple examen local, s'il s'agit d'albuminurie ou de glycosurie.

VI. — Quant à dire si le symptôme albuminurie ou glycosurie révélé par l'hyperémie est l'indice d'une affection purement transitoire ou d'une lésion diabétique ou de néphrite chronique, nous n'avons pas voulu le rechercher ; ce n'était pas le but de ce travail.

VII. — En dehors d'un traitement local paillatif, le principal traitement est celui de l'affection dont l'hyperémie relève.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET.

Vu :

LE DOYEN
LORTET

Vu, et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

